

сеансы физических занятий, а также соблюдать их режим. Также важно правильно питаться и заботиться о полноценности сна.

Таким образом, одно из важнейших условий, обеспечивающих физическое здоровье – это рациональная активность с учетом адекватного самоконтроля. Любые двигательные действия расширяют физические возможности организма, его функционал. Физическая рекреация в первую очередь направлена на восстановление, укрепление и сохранение здоровья, и она должна быть внедрена в практику учебного процесса всех высших учебных заведений для поддержания здорового образа жизни среди студентов.

Список литературы.

1. И.В. Манжелей. Педагогические модели физического воспитания. Москва: Научно-издательский центр «Теория и практика физической культуры», 2015 – 185 с.
2. В.Н. Зайченко., Е. В. Тяглова. Воспитание в спортивной деятельности / Волгоград: ФГБОУ ВПО «ВГАФК», 2012. – 147 с.
3. Ю.Е. Рыжкин. Физическая рекреация в физкультурном образовании человека / Назрань: Пилигрим, 2009. – 153 с.

Арпентьева М.Р.

*Калуга, Калужский государственный университет
им. К.Э. Циолковского mariam_rav@mail.ru*

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Аннотация: Нарушения репродуктивного здоровья – одна из ведущих групп социально значимых болезней современности: рост количества бесплодных пар и бездетных браков, генные и иные врожденные аномалии родов и при родах, детоцид и промискуитет, иные формы нарушений репродуктивного поведения настолько распространены, что чаще вызывает удивление их отсутствие, чем наличие. Весьма распространенными, местами типичными, стали и заболевания венерические, заболевания, передающиеся половым путём, не удивляют и инфицирования ВИЧ и их последствия. В процессе психологического сопровождения лиц, имеющих иные иммунодефицитные нарушения и /или венерические болезни, необходима не только комплексная помощь организму: фармакологическая, физиотерапевтическая и т.д., но и направленная на трансформацию отношений личности к себе и миру поддержка, ведущими модусами которой являются принятие себя и мира,

бескорыстное служение, ориентация на развитие

Ключевые слова: иммунодефицитные нарушения, венерические болезни, психологическая помощь, нравственное здоровье, репродуктивное здоровье, бескорыстное служение, ориентация на развитие.

Одна из проблем современной семьи связана с разрушением духовно-нравственных ценностей. Важным следствием такого разрушения являются различные нарушения репродуктивного здоровья мужчин и женщин, включая заболевания, связанные с активностью ВИЧ, иными иммунодефицитными болезнями. Нарушения репродуктивного здоровья – одна из ведущих групп социально значимых болезней современности: рост количества бесплодных пар и бездетных браков, генные и иные врожденные аномалии родов и при родах, детоцид и промискуитет, иные формы нарушений репродуктивного поведения настолько распространены, что чаще вызывает удивление их отсутствие, чем наличие. Весьма распространенными, местами типичными, стали и заболевания венерические, заболевания, передающиеся половым путём, не удивляют и инфицирования ВИЧ и их последствия. Вместе с тем, психологические аспекты данной проблемы остаются во многом нераскрытыми и недооцененными, особенно в медицинской среде. Медицина не формирует запроса на психологическое сопровождение лиц, страдающих венерическими, гинекологическими и андрологическими заболеваниями, а пациенты, верящие в «магию таблетки», не готовы променять ее на «магию слова. Поэтому психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированных, как и сопровождение людей, имеющих иные проблемы репродуктивного здоровья, остается на начальной, «поисковой» стадии. Вместе с тем, доказательств эффективности и продуктивности психологической и духовной помощи в случае болезней мочеполовой системы и болезней иммунных, также, как и болезней их сопровождающих, намного больше, чем доказательств эффективности и продуктивности фармакологической и иной медицинской помощи. Другой вопрос отказ традиционной медицины не только регистрировать, но и замечать порой совершенно удивительные случаи исцеления людей. Очевидно, что современная российская медицина переживает претензии психологической помощи пациентам, страдающим от социально значимых и социально опасных заболеваний, как претензии «территориальной экспансии». В сфере помощи пациентам, имеющим инвалидность, страдающим психическими, иммунными нарушениями и нарушениями мочеполовой системы, этот процесс очень выражен: если зарубежные исследователи открыто говорят о медицине как «мануфактуре жертв», то в России недовольство

качеством и характером медицинской помощи выливается лишь в периодические нападения пациентов на врачей и не приводящие ни к каким серьезным преобразованиям в теории и практике медицины рассуждения самих медицинских работников. Пациент же полностью беззащитен, и, более того, стоит перед угрозой смерти. Врач – последняя надежда на спасение, по крайней мере до тех пор пока тот не признает свою неспособность помочь и посоветует обратиться к специалистам другого профиля. К сожалению, это происходит редко: признание неспособности означает в сознании врача признание некомпетентности. И если психологу такое признание не опасно, а необходимо, то врач идет на него гораздо менее охотно и переживает его гораздо болезненнее. Возможность же помощи – в сотрудничестве: медицина, психология и церковь, работая вместе, могут действительно помочь человеку и самим себе. Многие пациенты также не стремятся признавать психологические и нравственные причины болезней. Однако, такое признание не только освобождает психологически и душевно, оно позволяет пережить практически немедленный «телесный ответ», вплоть до полного исцеления. Поэтому, хотя сейчас психологические аспекты репродуктивного здоровья женщин и мужчин – одна из наименее изученных тем как в психологических, так и в медицинских сферах исследований [1; 7; 8; 11; 13; 15; 17; 26; 27; 28; 35], в будущем эта проблема станет одной из ключевых проблем и психологии, и медицины.

На сегодняшний момент мы можем констатировать, что нарушения репродуктивного здоровья мужчины или женщины включают ряд аспектов: 1) нарушения физического здоровья как отклонения от нормального функционирования организма, репродуктивной и остальных систем; 2) нарушения психологического здоровья как отклонения от нормального функционирования личности, ее личностная и межличностная незрелость и дисгармония; 3) нарушения духовного здоровья как отклонения от нормального функционирования человека, дисгармония и незрелость его отношений с мирозданием и жизнью в целом, с точки зрения медицинской психологические и духовные аспекты нарушений вторичны или фоновы, однако, с точки зрения психолога, а также целителя и священника, – они первичны [2; 6; 8; 9; 10; 11; 12; 18; 19; 36; 38]. Например, наша собственная практика консультативно-психологической работы со студентами очных и заочных отделений в возрасте 17-45 лет в течение 2001-2015 года показывает, что медицинские «приговоры» о неизлечимости заболеваний репродуктивной системы и/или бесплодии достаточно часто не сбываются там, где репродуктивное здоровье человека выступает не как отсутствие «нарушений» репродуктивной системы или «несовместимость» репродуктивных систем или

организмов родителей, а как целостная система, включающая все три выделенных аспекта.

Что касается заболеваний иммунодефицитных, включая ВИЧ, психологические аспекты этого типа нарушений репродуктивного и общего здоровья человека, изучены минимально: ВИЧ обычно сводится к своим чисто «медицинским», соматическим проявлениям. Однако, уже сама по себе картина заболеваемости ВИЧ и иных иммунодефицитных состояний, очевидность нарушений нравственных и нарушений в сфере отношений человека с обществом, очевидна. Это подтверждает необходимость обратиться к психологическим основам данного типа нарушений [3; 14; 15; 16; 17; 18; 21; 23; 25; 31; 32]. Как пишет А.И. Зинченко, исследование психологических факторов и личностных качеств ВИЧ-инфицированных с разным состоянием иммунной системы (уровнем поражения) показало, что жизнеутверждение как оптимизм и вера в жизнь, активная жизненная позиция являются важными предикторами соматического здоровья у ВИЧ-инфицированных. Результаты обследований «позволяют утверждать наличие тесных связей состояния иммунной системы с такими характеристиками психологического ресурса как: система отношений к своему здоровью, осознание его ценности, активная позиция по отношению к болезни, уровень самооценки, отношение к прошлой жизни, ориентация на здоровое будущее, способы совладания со стрессом» [15, с.160]. Напротив, за последние годы накоплен большой объем отечественных результатов исследований, отмечающих, что депрессивные состояния, хронический стресс и нездоровый образ жизни разрушительны для иммунной системы [7; 34]. А.И. Зинченко, А.П. Ланга и другие исследователи описывают такие психологические особенности ВИЧ-инфицированных, как ощущение зависимости от социальной среды и отсутствие способности к самостоятельным поступкам в жизни (склонны перекладывать ответственность на других людей и обстоятельства); тенденция репродукции – воспроизведения стратегий и стереотипов, усвоенных ранее, отсутствие желания их менять, даже если они неэффективны, стремление поступать «как все», «как надо», «как привыкли» [15; 17]. Многие «эмпирические исследования также выявили, что развитие заболеваний, связанных со СПИДом, наступает быстрее, если пациент в качестве типичной копинг-стратегии использует отрицание, подавляет проявление гнева, демонстрирует чувство вины или недавно пережил стрессогенные события, то есть пережил события принял решения жизнеотрицающего типа [18, с.696]. Работы последних десятилетий также показали, что тяжелые жизненные стрессы оказывают разрушительное воздействие на здоровье ВИЧ – инфицированных, почти в четыре раза увеличивая вероятность ускоренного развития СПИДА [30; 33]. В современном мире таких

стрессов, событий и отношений, очень много: пропаганда и реализация идеологии консюмеризма, ставшего нормой в последние десятилетия жизни россиян, - это пропаганда жизнеотрицания, десакрализации и отказа от развития. «Братъ от жизни», как рекламируют жить современные СМИ, означает жизнь уничтожать.

Благодаря исследованиям в этой сфере начинает оформляться психология иммунодефицитных заболеваний [4; 5; 15; 16; 21; 22; 31; 32; 33; 34; 37], большой вклад в нее вносят «целители» – врачи и психологи, работающие в рамках «нетрадиционной медицины», а также многие «традиционные» клинические психологи и психотерапевты, работающие в рамках экзистенциально-гуманистической, системно-стратегической, анти психиатрической и иных современных моделях психических и психосоматических нарушений [9; 24; 26; 29; 30].

Среди наших студентов/клиентов, обращавшихся по поводу нарушений репродуктивного здоровья (выборка 50 человек, из них 15 – мужчин, 35 –женщин, с 2005 по 2015 годы), не было носителей ВИЧ-инфекции, однако, с иммунодефицитными состояниями сталкивались так или иначе, почти 50% выборки. По их мнению, состояния иммунодефицита переживались их знакомыми и / или близкими как 1) на духовном уровне – неспособность отделить «хорошее от плохого», долгое время неосознанный экзистенциальный, духовно-нравственный конфликт, сопровождающийся депрессивными и иными формами жизнеотрицания; неспособность и нежелание любить жизнь и людей, самих себя, эгоцентризм и нежелание считаться с кем-то, кроме себя и ограниченного круга лиц (супруга, родителя, ребенка), амбивалентность нравственных ориентаций и аномия, нежелание жить и переживание «старости», «отсутствия опор» (не за что зацепиться»); 2) на психологическом уровне – состояния психологической зависимости и отчуждённости от людей, асимметрия отношений к близким и «дальним», интенсивные и обширные, но подавляемые сознание конфликты внутриличностного и межличностного типа; состояния отчуждения и «тупика» во взаимоотношениях с собой и людьми, опустошённость и неподтвержденность, осознанные и неосознанные конфликты внутриличностного и межличностного типа переживание жизненного «краха»; 3) на физиологическом уровне – неспособность защититься от средовых воздействий, дисбаланс систем саморегуляции организма; дисбаланс всех систем организма («все рушится»). Одна из дилемм, которую пытались решить опрошенные, – дилемма, связанная со стремлением завершить, разорвать, «покончить» с повседневными и травмирующими их отношениями («зависти», «зависимости», «ненависти» и т.д.), наряду со стремлением «быть нужным», «ценимым» («хорошим»), «любимым». Как отмечают некоторые исследователи, а также отметили респонденты, эти состояния решались ими через

попытку «сделать хоть что-то»: терпеливое смирение с обстоятельствами и поиск смысла служения другому, отрыв от корыстных мотивов помощи и отношений, снижение «чувства собственной значимости», эгоцентризма и гордыни, на фоне повышения самооффективности, удовлетворения собой и миром, переживания интенсивных и длительных состояний благодарности и подтвержденности – со стороны семьи или «чужих людей», психолога. Так же отметили, что ими была проведена весьма трудная и местами кажущаяся бессмысленной работа по самоизменению: «повисая над пропастью» люди получали толчок к поиску новых смыслов и форм жизни, включая преодоление нарушений отношений личности к себе и миру.

Таблица №1. Психологические аспекты ВИЧ и сопутствующих заболеваний (начало)

| Первичные | 1 – Родовые аспекты, жизнеотрицающие родовые программы | 2 – Дистрессы, активизирующие родовое и персональное жизнеотрицание | 3 – Персональное жизнеотрицание : личностный выбор |
|---|---|---|--|
| Психологические причины /триггеры | Родовые /сценарные – наличие в семье опыта неизлеченных заболеваний, предательства любви, гордыни, духовно-нравственные проблемы отношений к себе и миру у потомков и/или предков, незавершенные инициации | Интенсивные и длительные стрессы – потери близких, профессиональной жизни и «удары судьбы», ощущения «ничтожности», отсутствия, ненужности | Неприятие жизни и себя, отказ от понимания себя и мира, неискренность – неконгруэнтность и страх опыта жизни-смерти, отчаянное нежелание быть «ником» |
| Сопровождающие, условия /вторичные причины | Стрессы лечения, травмы переживания, связанные с диагностикой и лечением болезни – «вторичные нарушения», в том числе инвалидизации и т.д., «частичные смерти» тела и духа (его иллюзий) | Нарушения биоэтики – этики отношений больного и врача, намеренная или ненамеренная травматизация больного (ятрогенный стресс), стигматизация ВИЧ-больных, самостигматизация, переживание беззащитности и безнадежности, равнодушия окружающих | Пассивное и негативное совладание, жизнеотрицание и отрицание эффективности и пользы лечения, самонаказание, вера в собственную никчемность, неприязнь к себе (самоотвержение) |
| Психологи | Трансформация | Выход из стресса | Активное |

| | | | |
|---------------------------------|---|--|---|
| ческие условия исцеления | сценария жизни и лечения, перепросмотр родовых сценариев и поступков своих, (пра)родителей, внуков и детей (потомков), опыт сверхинтенсивных и сверхдлительных дистрессов и смирения, инициаций как опыт танца «жизни» и «смерти» | через его трансформацию и трансформацию отношения к нему, отпуская негативных переживаний, преодоление стигматизации, позиция социального служения, взаимопомощи, время и место для счастья | совладание, жизнерадостность, принятие судьбы в целом, ее исследование и готовность измениться и изменить, конгруэнтность, искренность, принятие танца «жизни-смерти», обретение самого себя, принятие и самоуважение |
|---------------------------------|---|--|---|

На наш взгляд, важнейшим моментом является позиция больных и инфицированных: жизнеутверждения или жизнеотрицание (Таблица №1).

Таблица №1. Психологические аспекты ВИЧ и сопутствующих заболеваний (окончание)

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Вторичные | 4 – Гордыня как отрицание первичности Бытия, жизни | 5 – Ревность как попытка подмены ценностей Бытия, жизни | 6 – Зависть и обвинение как попытка отрицания целостности Бытия, жизни | 7 – Стыд и озлобленность как отрицание ценности Бытия, жизни |
| Психологические причины /триггеры | Гордыня, униженность или презрение, псевдоцели (фиктивные цели жизни), стремление настоять на своем, непомерность желаний | Ревность, зависимость и ненависть, включенность в «незавершенные» объектные отношения, треугольники и т.д., неблагодарность | Зависть и обвинение себя и других, нереализованность потенциала («серая личность», «никто») и попытки препятствовать в реализации другим, стремление уничтожать себя и мир | Стыд и желание защититься от мира, людей и приносимых ими перемен, желание плохого людям и озлобленность, блокированность сексуальных и репродуктивных и иных функций, творчества, неуверенность |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Сопровождающие, условия/вторичные причины | Отказ от лечения, игнорирование заболевания , неподтвержденность и изоляция | Отчуждение от семьи, врачей и т.д., незрелость личности и неспособность и нежелание партнерства и служения миру | Поиск «виноватых», неустойчивость совладания, ремиссии и обострения, неопределенность отношения к лечению, «полевое поведение» . накопление обид | Потеря ощущения защищенности и суициды, нежелание меняться , понимать и признавать понятое о болезни и о себе, ее нравственно-психологические причины и последствия, депрессивные реакции |
| Психологические условия исцеления | Осмысление заболевания, принятие уроков и решений судьбы («уйдет – так уйдет, останется – так останется») истинные цели и смирение , подтвержденность и включенность в жизнь, умеренность и пост | Любовь как автономность и зрелость личности, ответственность и стремление помогать другим , служение и взаимопомощь, принятие заботы и благодарность | Принятие неопределённости, «беззащитности» , открытость переменам, жизни и готовность идти навстречу людям, риску , самореализация, психологическая дистанция – отстранённость от желаний в отношениях и в ситуациях, прощение и отпускание «грехов» и обид | Уважение к себе и миру, принятие «плохого» и «хорошего» , их взаимосвязи ощущение своей нужности и «места» в жизни , самодостаточность, самоэффективность и уверенность в себе |

Как видно из таблицы, многие «симптомокомплексы» и рекомендации по оздоровлению пересекаются друг с другом и совпадают с лечениями других болезней.

Лечение пациентов с ВИЧ, с точки зрения психолога, предполагает лечение всего человека и, в первую очередь, его души: помощь в залечивании первичных и вторичных душевных ран, нанесенных как повседневной жизнью человека, не сумевшего найти правильное

применение своим способностям, переоценившего фиктивные цели и поставившего отношения с людьми выше отношений с Богом, выше собственной души, жизни и, таким образом, выбравшего жизнеотрицание. Оно также предполагает трансформацию родовых (семейных) сценариев, проживание опыта подчас сложнейших, множественных инициаций с проверками «перепроверками» от судьбы и окружающих, испытывающих человека «на прочность» его пути к самому себе, закрытие «незаверенных» отношений и разрушительных для его судьбы (хамартических) проблем, выбор жизнеутверждения как преодоление отчаяния и отпускание «нежелания быть никем», обретение осознания и переживания собственной ценности, нужности и включенности в мир, способности приносить в мир любовь, счастье, переживать успехи и неудачи, дистанцироваться и отказываться от жизнеотрицающих желаний и форм поведения, способность быть «простым», «обыкновенным» человеком, существом, имеющим как позитивные, так и негативные черты, наделенным и ограниченным не менее и не более других человеческих существ [40].

Как отметил Б. Хеллингер, обсуждая проблемы иммунодефицитных нарушений в концепции «воссоединения» с родом и жизнью (Богом), больной и его состояние часто отражают «запутанный клубок» семейных и иных отношений, часто представляет кого-то из своей семьи, например, какую-то жертву, в том числе, ее переживания «ничтожности», отсутствия, ненужности. Больной не хочет быть никем. Это – ведущий модус его переживаний, отражающий разрыв связей с семьей, родом и обществом в целом. Если жертва не получила уважения, подтверждения и любви, если искупление и прощение не было достигнуто, то больной стремится исправить ошибки рода и искупить вину. Для этого ему нужно стать таким же, как эта жертва, прожить ее опыт найти выход из «лабиринта» чужих грехов и ошибок, в любовь, к своей собственной душе, то есть - к самому себе: «Я – есть». С одной стороны, это действие коллективной совести, которая не осознаваема. С другой стороны, коллективная совесть действует рука об руку с личной совестью». По его мнению, многие больные с иммуно-дефицитными состояниями отрезаны от «Великой Души»: эта душа выходит за пределы души рода, и для больного важно снова прийти в гармонию с чем-то большим, чем семья и род – с Богом. И тогда эта связь выступает как духовное измерение — ощущение связи с чем-то большим и принадлежности к нему. Ну пути к такому воссоединению полагается необходимым остановить внутренний диалог: когда пациенту «семейных расстановок» предлагают в молчании найти, в присутствии и вместе с психотерапевтом, состояние внутренней тишины, через некоторое время пациент становится тихим, спокойным не только снаружи, но и внутри, а защитные механизмы, разрушающие человека,

опирающиеся на привычные описания проблем, отступают. Душа человека получает пространство и время, чтобы открыть себя и вывести наружу истинно важное. Это можно назвать так: «сдаться важнейшей истине» или «отдать себя важнейшей истине», в результате которой человек приходит к глубокой собранности и покою. Психолог или психотерапевт при этом играет роль посредника, оставаясь внутренне собранным, осознающим, что «что-то происходит». Не нужно знать – что – в этот момент и ли даже потом, важно, что оно – происходит. Работа с тайной рода может не предполагать какого-то развернутого обсуждения вообще. Контакт с Великой Душой исцеляет человека и весь его род изнутри, человек просто возвращается к Бытию. Это отчетливо видно по изменениям, происходящим не только с пациентом, но и всей его семьей, с друзьями, прародителями и потомками. При этом многие вопросы такого исцеления связаны с восстановлением связей с жизнью и родом как источником жизни. Чтобы наладить эту связь пациенту важно «поклониться» роду: выразить благодарность, любовь, увидеть единство семь, рода, понять и принять их роль в своей жизни. Когда глубокая связь с родом внутренне достигнута, когда человек смог внутренне поклониться родителям и прародителям, увидеть стоящий за ними род и принять их как данность, как источник своей жизни и ее часть, тогда налаживается связь с Великой Душой. Это нельзя назвать «работа души», скорее речь идет о «наблюдении душой», благоговении (немецкое «andacht», английское «awe»), которое вводит душу в пространство глубокой преданности: за пределами активности и пассивности, «добра» и «зла» [39].

Выводы. Диагноз ВИЧ не означает, что нужно готовиться к смерти. Он означает, что нужно учиться жить полноценно, используя заложенный природой и обществом потенциал. Для начала следует понять, что ВИЧ – не нелепая случайность, не причуда жестокой судьбы, а длительный процесс, имеющий свою историю и свои причины, при этом ведущую роль в нем играют именно духовные факторы. Большинство мыслящих людей, а тяжелобольные в особенности, задумываются рано или поздно над главными вопросами бытия: «Кто я? Что есть жизнь? Откуда я пришел? Куда я иду? Для ВИЧ-больного эти фундаментальные духовные проблемы нередко выступают на первый план. По сути ВИЧ имеет смысл «извещение» человека о том, что ему предстоит смерть и ему предстоит двигаться дальше, время его жизни на Земле исчислено. Обычно излечение связано с внутренними изменениями человека, наступающими в таинствах покаяния, служения, в любви.

Таким образом, в процессе психологического сопровождения лиц, имеющих иные иммунодефицитные нарушения и /или венерические болезни, необходима не только комплексная помощь организму:

фармакологическая, физиотерапевтическая и т.д., но и направленная на трансформацию отношений личности к себе и миру поддержка, ведущими модусами которой являются принятие себя и мира, бескорыстное служение, ориентация на развитие.

Литература

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: учебное пособие. – М.: ЛПА «Кафедра – М», 1998. – 272 с.
2. Авдеев Д.А. Православная медицина в вопросах и ответах. – М.: МБЦ пр.п. Серафима Саровского, «Омега», 2005. – С. 3-187.
3. Азбука СПИДа / Под ред. М. Адлера – М.: «Мир», 1991. – 48с.
4. Беляева В.В. Консультирование как модель оказания помощи при ВИЧ-инфекции//Медицинская кафедра. – 2004. – №2. – С.186-189.
5. Беляева В.В. и др. Особенности профилактической работы по вопросам ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – №4. – С.46-49.
6. Бочаров А., Чернышев А. Любовь исцеляющая: очерки психологии болезни и выздоровления – Решма: Свет Православия, 2004. – 244с.
7. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
8. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. – М.: ИЦ «Академия», 2001. – 352 с.
9. Виилма Л. Прощаю себе. В 2т.– Т1. – Екатеринбург: У-Фактория, 2004. 720с., Т.2. – Екатеринбург: У-Фактория, 2007. – 640с.
10. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. – №3. – С. 67-72.
11. Войно-Ясенецкий Л. (Святитель Лука архиепископ крымский). Дух, душа и тело. Избранные поучения. – М.: Издательство «Дарь», 2005. – 318 с.
12. Дальке Р., Детлефсен Т. Болезнь как путь. Знание и предназначение болезней. – СПб.: ИД «Весь», 2003. – 320 с.
13. Дальке Р. Болезнь как язык души. Послание и смысл ваших заболеваний / Под ред. Т.В. Гариной. — СПб.: ИД «Весь», 2006. – 448 с.
14. Дмитриевский А.А., Сазонова И.М. СПИД: приговор отменяется. – М.: «Олимп», «АСТ», 2003. — 105с.
15. Зинченко А.И. Влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять заболеванию : дисс. ... канд. психол. наук. – СПб: СПбГУ им. А.И. Герцена, 2009. – 163 с.
16. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции: Руководство для врачей. – М.: Драйфт, 2004. – 110с. – С. 17-18.
17. Ланга А.П. Индивидуально-психологические особенности

ВИЧ-инфицированных. Дисс. ... канд. псих. наук. – Ростов: РГУ, 2006. – 216 с.

18. Ликкен Д. Психонейроиммунология. Психологическая энциклопедия / Под ред. Р. Корсани, А. Ауэрбаха. – СПб.: Питер, 2003. – С. 695-699.

19. Лободин В.Т. Здоровье и духовность. – СПб.: АО «Комплект», 1994. – 389с.

20. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. – 110 с.

21. Медицинские работники о проблемах ВИЧ/СПИДа: Отчет. Основные выводы по результатам глубинных интервью. – М.: Проект «Здоровая Россия 2020». – Август 2004. – 44 с.

22. Надель-Червинская М.А., Червинская А.П., Червинский П.П. Лингвопсихологический учебник здоровья. – Ростов: Феникс, 1996. – 640 с.

23. Григорьев С.И., Максимова С.Г. Социологический витализм как методологическое основание анализа социальных девиаций и социальных рисков распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа //Известия Алтайского государственного университета. 2004. № 2. С. 083-088

24. Никитин С.Н. В поисках исцеления: возможности и мифы оздоровления. – СПб.: ИД «Невский проспект», 1999. – 190 с.

25. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / Под общ. Ред. В.В. Покровского. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2003. – 488 с.

26. Теппервайн К. О чем хочет сказать твоя болезнь: язык симптомов. – М.: АО «Интерэксперт», 1996. – 284 с.

27. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. – 287 с.

28. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. – Ярославль: Ярославский гос. университет, 1998. – 160 с.

29. Франкл В. Сказать жизни «да»: психолог в концлагере. – М.: Смысл, 2004. – 173 с.

30. Хей Л. Исцели свое тело. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2006. 640 с.

31. A Guide to the clinical care of women with HIV / Ed. by J.R. Anderson. – U.S: Department HHS, HRSA, HIV/AIDS bureau, 2001. – 510p.

32. Belyaeva V.V., Routhkina Y.V., Pokrovsky Y.V. Psychosocial care for HIV infected individuals in Russia // Aids care. – 1993. – Vol. 5. – №2. – P.243-246.

33. Evans D.L., Leserman J., Perkins D.O. et al. Severe life stress: Association with HIV disease progression // Am J. Psychiatry. – 1997. – №34. – P.78-92.

34. Kiecolt-Glaser J.K., Dura J.R., Speicher C.E., Trask O.J., Glaser R. Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity

and health // Psychosom. Med. – 1991. – № 53. – P. 345-362.

35. Stain H. Theorizing health and illness: Functionalism, subjectivity and reflexivity // Journal of Health Psychology. – 2000. – № 5(3). – P. 273-283.

36. Subbotsky E.Y. Explanations of unusual events: Phenomenalistic casual judgments in children and adults // The British J. of Developmental Psychology. 1997. – № 15. – P. 13-36.

37. Weitz R. Living with the stigma of AIDS //Qualitative Sociology. – 1990. – V.13, №1. – P. 23-38.

38. Zusne L. Magical thinking and parapsychology // A skeptical handbook of parapsychology / P. Kurtz (Ed.). – New York: Prometheus Books, 1985. – P. 688-700.

39. Hellinger B. On Consciences. 2007. – 18p. Режим доступа URL: <http://www.cf-evajacinto.pt/wp-content/uploads/2013/02/On-conciences-Bert-Hellinger-2007.pdf> (дата обращения 10.07.2016)

40. Schweitzer A. Die Ehrfurcht vor dem Leben – Grundtexte aus fünf Jahrzehnten. – München: Beck C. H., 1991, 2013 .

Асхамов А.А.

*Елабуга, Елабужский институт Казанского(Приволжского)
федерального университета verda.ilm@mail.ru*

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Аннотация: в статье говорится о том, на какие виды подразделяются здоровьесберегающие технологии с кратким описанием каждого из них.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, здоровье, валеология.

Сегодня в дошкольных учреждениях уделяется большое внимание здоровьесберегающим технологиям, которые направлены на решение самой главной задачи дошкольного образования – сохранить, поддержать и обогатить здоровье детей. Кроме того, серьезной задачей является и обеспечение максимально высокого уровня реального здоровья воспитанников детских садов, воспитание валеологической культуры для формирования осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни как собственных, так и других людей.

Усилия работников ДОУ сегодня как никогда направлены на оздоровление ребенка-дошкольника, культивирование здорового образа жизни. Неслучайно именно эти задачи являются приоритетными в